

第四期愛同行星兒早療計劃

家庭申請表

(甲) 申請須知

截止報名日期

2019年7月20日(星期六)

申請人填妥申請表格後，須於截止日期或之前連同相關證明文件副本，送交下述地址。申請人亦可透過電郵 (starchild@lovexpress.org) 遞交申請。請在信封面上或電郵註明「愛·同行 - 星兒早療計劃 參加者申請」；沒有使用指定表格的申請、未填妥的申請書、逾期遞交或未附夾所需文件的申請表格概不受理。

需遞交文件一覽

隨本申請表遞交的證明文件，請在上加上✓號

<input type="checkbox"/> 孩子出世紙副本	<u>入息證明</u>
<input type="checkbox"/> 父親身份證副本	<input type="checkbox"/> 父親入息證明
<input type="checkbox"/> 母親身份證副本	<input type="checkbox"/> 母親入息證明
<input type="checkbox"/> 孩子確診報告(如有)	<input type="checkbox"/> 綜援收入證明
<input type="checkbox"/> 住址證明	<input type="checkbox"/> 傷殘津貼證明
<input type="checkbox"/> 「孩子進度」及「家長管教孩子面對的壓力」問卷	<input type="checkbox"/> 其他收入證明文件:_____

查詢

電話：2896 0323 電郵：starchild@lovexpress.org

地址：香港柴灣祥利街 17 號致高工業大廈 9B 室(「愛·同行 - 星兒早療計劃」秘書處收)

網站：www.lovexpress.org/starchild

(乙) 參加者資料

(一) 幼兒資料

姓名 _____ (中文) _____ (英文)		家庭照片						
年齡	出生日期					性別		
住址								
就讀學校(如適用)								
就讀年級(如適用)								
確診日期 _____年____月____日								
評估地點 <input type="checkbox"/> 香港 <input type="checkbox"/> 中國(_____) <input type="checkbox"/> 其他:_____								
確診類別	<input type="checkbox"/> 已確診自閉症譜系障礙		<input type="checkbox"/> 疑似自閉症譜系障礙**		<input type="checkbox"/> 正輪候評估			
智力	<input type="checkbox"/> 資優	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 智障	<input type="checkbox"/> 發展遲緩	<input type="checkbox"/> 不適用			
評估機構								
輪候特殊教育學前幼兒康復服務類別： <input type="checkbox"/> 兼收中心位(I 位) <input type="checkbox"/> 早期中心位(E 位) <input type="checkbox"/> 特殊中心位(S 位) <input type="checkbox"/> 到校支援位								
其他疾病 (如有)								
<input type="checkbox"/> 曾接受入院治療 (請註明)：								
<input type="checkbox"/> 需要定時服藥 (請註明)：								

確診幼兒行為表現

幼兒表達想要或需要某些東西時的溝通方法: <input type="checkbox"/> 指向物件 <input type="checkbox"/> 語言表達 <input type="checkbox"/> 望著你 <input type="checkbox"/> 拉你的手 <input type="checkbox"/> 帶你去物件處 <input type="checkbox"/> 哭 <input type="checkbox"/> 其他 _____
--

主要異常表現				
使家人困擾事項				
<input type="checkbox"/> 情緒容易失控	<input type="checkbox"/> 大叫 / 尖叫	<input type="checkbox"/> 打 / 抓 / 咬自己	<input type="checkbox"/> 打 / 抓 / 咬 / 推別人	<input type="checkbox"/> 經常駁嘴
<input type="checkbox"/> 搗亂物件	<input type="checkbox"/> 破壞物件	<input type="checkbox"/> 拋物件出窗外	<input type="checkbox"/> 拒絕大 / 小便 / 更衣 / 洗澡等	

<input type="checkbox"/> 睡眠時間極短 (每天只睡_____小時)	<input type="checkbox"/> 不聽指令	<input type="checkbox"/> 完全不與人溝通
<input type="checkbox"/> 食量極少	<input type="checkbox"/> 嚴重偏食(只肯吃)：	
<input type="checkbox"/> 重覆行為(請註明)：		
<input type="checkbox"/> 其他(請註明)：		

請將你關注幼兒的事項由 1-7 排序 (1=最重要)

社交能力 溝通能力 認知能力 玩耍能力 自理能力 睡/吃
 行為問題

曾/目前正接受的專業治療、訓練及服務

專業治療/訓練/服務	機構	每週次數	開始日期	結束日期
			____年____月	____年____月 <input type="checkbox"/> 仍在進行中
			____年____月	____年____月 <input type="checkbox"/> 仍在進行中
			____年____月	____年____月 <input type="checkbox"/> 仍在進行中

(二) 家庭成員資料

父親	姓名	性別	年齡	職業
			教育程度	
	聯絡電話		電郵地址	
	信仰狀態： <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 有_____教		願意接受其他相關資訊 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
母親	姓名	性別	年齡	職業
			教育程度	
	聯絡電話		電郵地址	
	信仰狀態： <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 有_____教		願意接受其他相關資訊 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	

緊急 聯絡人 (如適用)	姓名	性別	年齡	職業
	與參與幼兒之關係:		教育程度	
	聯絡電話		電郵地址	
	信仰狀態： <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 有_____教		願意接受其他相關資訊 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
兄弟姊妹				
姓名	性別	年齡	與確診幼兒關係	職業/就讀年級
姓名	性別	年齡	與確診幼兒關係	職業/就讀年級

其他協助照顧幼兒的同住人士

<input type="checkbox"/> 祖父	<input type="checkbox"/> 祖母	<input type="checkbox"/> 外公	<input type="checkbox"/> 外婆
<input type="checkbox"/> 外傭	<input type="checkbox"/> 鐘點	<input type="checkbox"/> 其他(請註明)	

(三) 家庭每月收入

收入來源	金額(港幣)	證明文件
1. 每月薪金	<input type="checkbox"/> 父親月薪: _____元 <input type="checkbox"/> 母親月薪: _____元	需附上職業收入證明文件
2. 社會保障	<input type="checkbox"/> 每月綜援: _____元 <input type="checkbox"/> 傷殘津貼: _____元	需附上綜援收入證明文件 需附上傷殘津貼證明文件
3. 其他(請簡單列出)	<input type="checkbox"/> _____: _____元 <input type="checkbox"/> _____: _____元	需附上其他收入證明文件

每月家庭總收入: _____元

若無法提供任何收入證明文件，請以 50-100 字簡述家庭狀況:

政府或其它相關機構的任何形式資助

有 (請列明: _____)

沒有

居住狀況

自置物業 租住物業 政府公屋

幼兒參加治療時間, 可作多項選擇 (以治療師安排為準):

<input type="checkbox"/> 星期二上午	<input type="checkbox"/> 星期三上午	<input type="checkbox"/> 星期四上午
<input type="checkbox"/> 星期二下午	<input type="checkbox"/> 星期三下午	<input type="checkbox"/> 星期四下午

(丙) 填寫人聲明

本人明白批核與否，主辦機構有最終決定權。另以上填報資料均屬實，如有虛報，機構將取消參加資格。

申請人簽署: _____

申請人姓名: _____

日期: _____年____月____日